

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

534

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896, à 1 heure

PAR

CHEVROLLE AUGUSTE

Ancien externe des hôpitaux,

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Né au Plessis-aux-Tournelles (Seine-et-Marne).



TRAITEMENT

DE LA

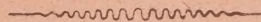
TUBERCULOSE TESTICULAIRE



Président : M. TERRIER.

Juges : MM. } *POUCHET, professeur.*
 } *TUFFIER, RICARD, agrégés*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896, à 1 heure

PAR

CHEVROLLE AUGUSTE

Ancien externe des hôpitaux,
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Né au Plessis-aux-Tournelles (Seine-et-Marne).

— II —

TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE

— ❀ —

Président : M. TERRIER.

Juges : MM. } POUCHET, professeur.
 } TUFFIER, RICARD, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

~~~~~

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs.</b>                                            | MM.            |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.        |
| Histoire naturelle médicale.                                   | N.             |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.                                           | { DIEULAFOY.   |
| Pathologie chirurgicale.                                       | { DEBOVE.      |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.                             | POUCHET.       |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBENE.    |
|                                                                | STRAUS.        |
| Clinique médicale.                                             | { G. SÉE.      |
|                                                                | { POTAIN.      |
|                                                                | { JACCOUD.     |
|                                                                | { HAYEM.       |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale.                                         | { DUPLAY.      |
|                                                                | { LE DENTU.    |
|                                                                | { TILLAUX.     |
|                                                                | { BERGER.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires.                     | GUYON.         |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.                                       | { TARNIER.     |
|                                                                | { PINARD.      |

## Professeurs honoraires.

MM. N... PAJOT.

## Agrégés en exercice.

|             |             |               |              |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       | GILLE DE LA | NELATON       | THOINOT      |
| BAR         | TOURETTE    | NETTER        | TUFFIER      |
| BONNAIRE    | GLEY        | POIRIER, chef | VARNIER.     |
| BROCA       | HARTMANN    | des travaux   | WALTHER      |
| CHANTEMESSE | HEIM        | anatomiques   | WEISS        |
| CHARRIN.    | LEJARS      | RETERER       | WIDAL        |
| CHASSEVANT  | LETULLE     | RICARD        | WURTZ        |
| DELBET.     | MARFAN      | ROGER         |              |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE  
DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Membre de l'Académie de médecine.

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Professeur agrégé à la Faculté de

Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Chevalier de la Légion d'honneur.

## INTRODUCTION

Le traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire est loin d'avoir dit son dernier mot. Les cas sont nombreux en pratique où l'on reste dans l'hésitation. Ces jours derniers, M. le Professeur Tillaux le répétait encore. Parlant de la tuberculose testiculaire, cette maladie, disait-il « pourra souvent vous embarrasser par la décision à prendre en ce qui concerne le traitement ».

Tandis que pour les ostéo-arthrites tuberculeuses l'accord est à peu près fait parmi les chirurgiens, pour ce qui concerne les cas justiciables d'une thérapeutique non sanglante, les cas qui ressortissent à la résection et ceux qui sont du domaine de l'amputation ; tandis que pour les adénopathies bacillaires, l'extirpation tend à se vulgariser comme procédé de choix à la phase de crudité de ces lésions, ici, à la glande spermatique, après un premier enthousiasme en faveur de leur cure radicale, la réaction s'accroît contre la suppression totale du foyer, contrairement à ce qu'on observe pour d'autres tuberculoses externes.

Et cependant, il est bien certain que tumeur blanche, adénite bacillaire, orchite tuberculeuse, toutes trois tuberculoses externes et tuberculoses locales, sont, comme telles, justiciables de la chirurgie. Pourquoi donc les grandes règles de conduite cessent-elles d'être les mêmes pour la troisième de ces localisations? Pourquoi l'extirpation pour les ganglions tuberculeux, la résection pour les arthrites fongueuses, ces véritables cures radicales, qui suppriment tout le mal, n'ont-elles pas leur analogue unanimement apprécié dans la castration, cure radicale. C'est qu'au testicule, les conditions sont bien différentes.

Sans doute, tous ces organes ne sont pas indispensables à la vie, mais la glande génitale ne peut, en juste raison, être comparée aux deux autres. Par sa structure, son organisation, sa fonction, le testicule est un organe plus parfait. C'est une glande, c'est-à-dire un tissu où l'élément épithélial est hautement différencié; et même parmi les glandes, la glande spermatique occupe une place élevée dans la hiérarchie fonctionnelle. En effet, l'expérience a appris et les faits ont démontré qu'indépendamment de la spermatogénèse, le testicule a une action encore mal déterminée, mais certaine sur l'économie toute entière; qu'à ce point de vue, il peut et doit être comparé à la

thyroïde. Donc la suppression complète de la glande avec ses annexes, l'extirpation totale, qui ailleurs est la méthode de choix, cesse d'être ici l'objectif à atteindre. Suppression de la fonction génératrice, suppression d'une autre fonction indispensable à l'organisme, tels sont les deux résultats de l'ablation de la glande. La première considération ne saurait en rien compromettre la valeur de la castration, car une fois touché par le bacille de Koch, l'organe est voué à l'infécondité, quelle que soit la thérapeutique. Quant à la deuxième notion, influence sur l'état général, elle est d'une importance telle, qu'elle a suffi à arrêter les chirurgiens, qui partout se montrent de plus en plus sobres de la castration.

Ayant en vue le traitement de la tuberculose testiculaire, nous nous proposons, après avoir rapidement rappelé ce qui se fait, c'est-à-dire énuméré les différentes méthodes en usage, de rechercher s'il faut à tout jamais renoncer aux opérations radicales, ou mieux, si, entre les résections du testicule et les résections de l'épididyme d'une part, et les méthodes purement palliatives, comme l'incision, l'évacuation et le grattage des abcès d'autre part, il n'existe pas un moyen terme, une méthode intermédiaire, idéale elle aussi par un certain côté, en ce sens qu'elle

détruirait toutes les parties malades, mais laisserait en revanche, le plus possible, c'est-à-dire la totalité des parties saines. Or, la technique telle que la pratique M. Quénu nous paraît entre toutes réaliser le mieux ce desideratum. C'est elle que nous indiquerons tout au long, elle fera l'objet de notre première partie.

Ensuite, après avoir réuni en groupes distincts les différentes formes cliniques de la tuberculose testiculaire, nous verrons quelles sont les indications opératoires et nous demanderons si la technique que nous défendons convient à tous les cas ou plus spécialement à quelques uns. Donc, indications et contre-indications des faits justiciables de ce traitement, telle sera l'objet de la deuxième partie de notre travail.

Enfin, un procédé quelqu'il soit ne vaut que par ses résultats. Les considérations que nous allons développer, alors même qu'elles paraîtraient rationnelles, risqueraient de passer pour purement théoriques. C'est pourquoi, en exposant quelques faits et quelques résultats que le temps ne nous a pas permis de réunir plus nombreux, nous espérons apporter à la défense du procédé que nous soutenons, le meilleur de nos arguments. Ces résultats seront consignés dans notre troisième partie.

Mais, avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui par leurs conseils et leurs leçons, ont contribué à notre instruction médicale et chirurgicale.

M. le D<sup>r</sup> Quénu a été notre premier maître dans les hôpitaux ; plus tard il a bien voulu nous accepter comme externe dans son service, et c'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse. Qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre vive et profonde reconnaissance pour la bienveillance dont il nous a toujours honoré pendant notre séjour à l'hôpital Cochin.

Nous avons fait notre seconde année d'externat dans le service de M. le D<sup>r</sup> Rigal. C'est à ses leçons de chaque jour que nous devons la plus grande partie de nos connaissances médicales, et nous sommes heureux de pouvoir lui donner l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Que M. le D<sup>r</sup> Sebileau accepte nos sincères remerciements pour les enseignements qu'il nous a donnés pendant les quelques mois que nous avons passés avec lui à l'hôpital Cochin.

Enfin nous adressons l'hommage de notre vive gratitude à M. le Professeur Terrier, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



## PREMIÈRE PARTIE

### DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE ÉPIDIDYMO-TESTICULAIRE — PROCÉDÉ DE M. QUÉNU

La thérapeutique de la tuberculose épididymo-testiculaire est fort variable, mais la liste est courte en somme des moyens recommandés par les auteurs. Même dans les traités spéciaux, comme celui de MM. Monod et Terrillon ; même dans les travaux de M. Reclus, il n'est consacré sur ce point qu'un nombre de page fort restreint, et après la lecture attentive de ces ouvrages, il arrive même que le doute peut persister sur la conduite à tenir en pratique vis-à-vis de tel ou tel cas. Pour classer ces différents modes de traitement, il nous paraît commode de les étudier séparément en trois grandes catégories : traitement *général*, — traitement *local non sanglant*, — traitement *local sanglant*. Telles sont les ressources dont dispose le chirurgien. D'ailleurs ces trois sortes de moyens sont loin de s'exclure et il ne faut pas voir entre eux le moindre antagonisme.

C'est au contraire et souvent pour le plus grand bien du malade qu'on les associera ; toutes trois se compléteront ou bien se succéderont selon l'âge et l'état des lésions.

*A. — Traitement général*

Tout le monde a reconnu depuis fort longtemps l'heureux effet d'un traitement général bien conduit. Il n'est pas d'auteur qui n'insiste sur ce point capital et chacun cite quelque fait probant qu'il tire de sa pratique. Ces moyens hygiéniques et purement médicaux sont trop connus pour que nous y insistions longuement : grand air, séjour à la campagne et au bord de la mer, suralimentation, etc. A maintes reprises et plus que tout autre, M. Reclus insiste sur l'importance de ce traitement général. Dans sa thèse, dans ses cliniques, dans le traité de chirurgie, il revient sur ce point.

« Il n'est peut-être pas d'affection, dit-il, qu'une hygiène, appuyée sur une thérapeutique patiente et soutenue, combatte avec plus de succès, et nous avons depuis seize ans enregistré un grand nombre de guérisons. » D'une manière générale, personne ne songe à contredire ces bons effets ;

aussi, il est bien certain que la médication interne et ainsi comprise est la première à instituer ; elle sera en outre pour les autres traitements un adjuvant utile. Mais les cas ne sont que malheureusement trop fréquents où la maladie continue son cours, et il ne faut pas considérer la tâche comme terminée lorsqu'on s'est conformé à cette pratique. Le traitement n'a rien de spécial à la tuberculose testiculaire ; de tout temps, on l'a recommandé pour les tumeurs blanches, pour les adénites scrofuleuses, et pour toutes les tuberculeuses ; partout, on s'accorde à le considérer comme un auxiliaire précieux, mais a-t-il plus de valeur lorsqu'il s'applique au cas que nous envisageons ? Cela est peu probable qu'ici plus qu'ailleurs peut-être, les foyers tuberculeux sont susceptibles de guérison spontanée par évolution fibreuse. Ceux qui, par leur hérédité et par leur constitution, sont aptes à former du tissu fibreux, qui constituent un sol arthritique pour employer l'expression de Verneuil se trouvent à ce point de vue dans des conditions tout particulièrement favorables. Ils sont assez nombreux chez l'adulte et la tuberculose testiculaire est surtout une tuberculose de l'adulte, il ne faut pas l'oublier. Donc, avant de parler de guérisons fréquentes par ce traitement général, il est bien permis de

se demander si l'on ne laisse pas un peu trop de côté la notion de guérison spontanée.

Ces réserves faites, passons à l'étude des différents traitements locaux.

### *B. — Traitement local non sanglant*

Avant l'ère antiseptique et alors qu'il était presque défendu de toucher au bistouri, cette thérapeutique régnait en maîtresse. C'est alors qu'on vit naître successivement toute une série de petits moyens. Ceux-ci n'en offrent pas moins un certain intérêt, car plusieurs d'entre eux sont restés dans la pratique ; d'autres même, comme la méthode sclérogène, ne sont nés que d'hier. Le traitement local et non sanglant comprend quatre procédés d'inégale valeur : celui des *caustiques*, — de la *cautérisation*, — des *injections intra-nodulaires*, — des *injections péri-nodulaires* ou *méthode sclérogène*.

#### *1° Procédé des caustiques*

C'est par les caustiques qu'on attaqua d'abord toutes les fongosités et autres « carnosités » quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, cancéreuse ou tuberculeuse. Au testicule, il n'en fut pas au-

trement et le temps où ces manœuvres étaient considérées comme le procédé de choix n'est pas encore fort éloigné de nous. En 1843, Thierry préconisa la destruction du sarcocèle tuberculeux par la potasse caustique; Bouisson adopte cette manière de voir et l'applique. Bonnet dans sa thèse vante la pâte de Canquoin. Philippeaux, Delpech, Boyer, Velpeau font de même et appliquent les uns la potasse, les autres acides. Tous ces traitements sont tombés en complète désuétude et sont actuellement sans intérêt.

### *2<sup>o</sup> Procédé de la cautérisation*

La cautérisation naquit un peu plus tard; elle réalisait sur les caustiques un immense progrès, car les infections immédiates et les septicémies suraiguës qui enlevaient les malades dans les vingt-quatre heures allaient diminuer de fréquence.

La cautérisation fut proposée par Velpeau en 1851, mais ce fut Verneuil qui appliqua le premier au testicule tuberculeux un cautère effilé. La technique et les résultats furent exposés par Auboin. Verneuil resta toujours le partisan con-

vaincu de cette thérapeutique ; il se montra peu favorable aux interventions sanglantes ; il redoutait ces dernières, car elles déterminaient, pensait-il, des explosions de granulie et souvent le malade succombait à la suite d'une méningite tuberculeuse. Telle est la raison pour laquelle cet éminent chirurgien s'en tint toujours à l'évacuation des abcès et à la destruction des fongosités par la cautérisation. Le thermo-cautère permit de perfectionner au plus haut point ce procédé en lui donnant une suffisante précision et une action mieux limitée.

Que vaut cette technique ? Si l'on en croit Verneuil, les résultats seraient très bons ; à plusieurs reprises, les noyaux auraient rétrocedé non seulement dans le testicule et l'épididyme, mais même à distance dans la prostate. Il est certain qu'il y a dans l'ignipuncture une ressource de grande valeur. Toutefois, il importe de bien préciser quel est le but visé ; alors seulement on pourra juger plus sainement. Or, l'ignipuncture peut être employée dans trois buts distincts :

Comme révulsif et contre la douleur ; alors elle mérite à peine d'être mentionnée ; que pourrait-on espérer de pointes de feu sur le scrotum, et comment les bacilles qui colonisent dans l'épididyme s'en trouveraient-ils influencés ?

Comme évacuant, le thermocautère a exactement le rôle du bistouri, puisque, comme lui, il se propose d'ouvrir les abcès et de détruire les fongosités. Il est juste cependant de reconnaître qu'il a sur l'instrument tranchant la supériorité de modifier avantageusement la membrane fertile de ces abcès ou le tissu végétant de ces fongosités. En revanche, il n'a pas le même degré de précision, et l'on ne peut aussi exactement limiter son action. Tous deux enfin, employés comme simples agents d'évacuation, ont ce tort de laisser en place un certain nombre de noyaux épидидymaires qui continueront leur évolution ultérieure.

Enfin on peut se servir parfois de l'ignipuncture dans un but véritablement curatif. Par l'ignipuncture profonde, on va détruire sur place les colonisations bacillaires. La pointe du thermo-cautère stérilise sur place et par rayonnement les zones atteintes. On connaît la valeur thérapeutique de cette ignipuncture profonde, si précieuse dans certaines ostéo-arthrites, par exemple dans les arthrites, tuberculeuses diffuses des os du pied. Pour les tuberculoses ostéo-articulaires, la méthode s'est vulgarisée depuis Richet, Kocher, Vincent, Julliard. Pour la tuberculose testiculaire, nous ne

sachions pas que l'ignipuncture ait reçu la même application.

En résumé, le procédé de la cautérisation n'a eu jusqu'ici d'autre prétention que celle d'être palliative ; on s'en sert pour ouvrir les abcès ou détruire les fongosités ; ainsi compris, il ne paraît pas avoir une notable supériorité sur l'instrument tranchant.

### 3° *Les injections modificatrices intra-nodulaires.*

Différentes substances, plus ou moins bactéricides, ou même quelquefois réputées électives comme destructeurs du bacille de Koch, tel l'iodoforme, ont été tour à tour préconisées. Le naphtol camphré, le chlorure de zinc, la lymphe de Koch, tous portés au centre des noyaux en voie de dégénérescence ou au cœur des abcès ont joui de fortunes diverses. Comme pour les autres tuberculoses locales, c'est surtout l'éther iodoformé selon la pratique de Verneuil et de Mosetig-Moorhof à la dose de 10 pour 100 (Reclus), ou bien la glycérine iodoformée suivant la pratique de Kœnig, qui ont réuni tous les suffrages. Sans doute, les améliorations ne sont pas extrêmement rares à la suite d'un tel traitement, mais, que de fois ne s'est-il pas montré inefficace ! Il peut être

utile pour désinfecter un trajet fistuleux, surtout lorsqu'on se propose une opération plus radicale quelques jours plus tard ; il intervient alors comme traitement préventif et permet une désinfection plus soignée du champ opératoire et des tissus sur lesquels va porter le bistouri. Mais, employé seul, il n'est pas exagéré de dire que l'éther iodoformé ne s'oppose nullement à l'envahissement des colonies bacillaires, qu'il est encore plus impuissant à les détruire, qu'enfin il trouve surtout son application quand on ne dispose plus d'aucune arme plus active.

4° *Les injections péri-nodulaires. La méthode sclérogène.*

C'est en 1891 que M. le prof. Lannelongue a fait connaître ce nouveau traitement applicable à toutes les tuberculoses locales. Le principe sur lequel s'appuie cette méthode est tiré du mode de guérison spontanée des tubercules, guérison qui se fait par transformation fibreuse ; si l'on parvient donc à envelopper ces foyers tuberculeux par du tissu fibreux de nouvelle formation, on mettra un terme au processus envahissant. Le but est d'« englober les bacilles dans du tissu fibreux et de les rendre inertes » (Lannelongue).

L'organisme se trouve ainsi préservé par ces barrières artificiellement établies.

A peine la méthode sclérogène était-elle déclarée d'une application générale à toutes les tuberculoses locales, qu'elle était mise en usage dans la tuberculose testiculaire. Dès 1891, M. Coudray, élève de M. Lannelongue, communiquait ses seize premières observations parmi lesquelles une concerne le testicule tuberculeux. Il fut suivi dans cette voie par Ozenne, Desnos, Bourlier, etc.

Il serait prématuré de se prononcer d'une façon définitive sur ce nouveau mode de traitement; toutefois, et à lui seul, il est bien possible qu'il se révèle, dans la bacillose testiculaire comme dans la tumeur blanche, manifestement insuffisant. De plus, aux séances multiples et parfois très douloureuses d'injections de chlorure de zinc au 1/10, il est permis de préférer une intervention unique et plus précise, une intervention sanglante. C'est de cette dernière, sous ces différentes formes, que nous allons maintenant nous occuper.

En résumé, la plupart des procédés non-sanglants peuvent donner d'heureux résultats. Les derniers, entre autres, réalisent sur les premiers un véritable progrès; mais aucun de ces traitements ne peut être donné comme curatif, puis-

qu'il laisse subsister des noyaux en évolution. Comme palliatives, au contraire, les injections d'éther iodoformé, les évacuations au thermocautère, la méthode sclérogène sont de très précieuses ressources.

*C. Traitement local sanglant.*

En la phase actuelle de la chirurgie, c'est au bistouri qu'on donne la préférence sur tous les autres moyens d'exérèse, quel que soit l'organe visé par l'intervention. Comme dans les procédés non-sanglants, nous retrouvons ici toute une série de procédés distincts; nous les classerons en allant des plus simples et des plus bénins aux plus complexes et aux plus graves; 1° *Ouverture au bistouri des abcès et des cavernes*; 2° *Curettage des collections et des fongosités*; 3° *Résection de l'épididyme ou épидидymectomie*; 4° *Résection combinée de l'épididyme et du testicule ou CASTRATION.*

*1° Ouverture au bistouri des abcès et des cavernes.*

Bérard paraît être le premier qui, vers 1843, procéda de la sorte. Il ouvrait largement les foyers caséeux, puis faisait sortir les parties malades par pression et énucléation. Hugonnet, en 1877, montra l'utilité qu'il y avait à compléter l'éva-

cuation simple par le drainage. La technique à suivre est trop simple pour qu'elle mérite la peine de nous y arrêter ; il s'agit à peine d'une opération qui consiste à inciser tous les points ramollis et fluctuants, comme on fait pour tout abcès froid, afin d'évacuer tout ce qui est destiné à l'élimination. Certes, ce traitement est très rationnel ; il est excellent parce qu'il met fin aux douleurs vives qu'engendre une collection tendant à s'ouvrir d'elle-même, parce qu'encore il supprime rapidement une grande partie des tissus dégénérés dont l'élimination spontanée est d'une interminable durée et se fait souvent au prix de grandes souffrances. En somme, procédé recommandable qui peut être de première urgence. Est-ce à dire qu'il faut voir là un procédé de choix ? Evidemment non ; l'incision simple ne doit être considérée que comme un procédé de nécessité. Envisagé comme curatif, son rôle est nul ou à peu près, car, après l'ouverture, si large soit-elle, d'un ou plusieurs abcès, il restera encore dans l'épididyme des nodules qui n'auront même pas été touchés et qui lentement achèveront leur fatale évolution vers la désintégration caséuse. Bien plus, si ces collections évacuées ne sont pas par la suite maintenues dans un état aussi voisin que possible d'asepsie, elles peuvent

influencer défavorablement les noyaux restants ; les cavités s'infectent, et les microbes pyogènes ordinaires, streptocoques, staphylocoques, en s'installant dans la plaie, vont donner aux nodules tuberculeux qui persistent une activité nouvelle. On sait en effet que le bacille de Koch trouve dans la coexistence de bactéries pyogènes associées une cause puissante de redoublement dans sa virulence. Ce n'est plus une tuberculose, mais une tuberculose mixte, et le pronostic de cette dernière est beaucoup plus défavorable ainsi que l'a démontré Pawlowski.

*2<sup>e</sup> Incision des abcès et des noyaux ramollis combinée au curettage des fongosités et des parois cavitaires.*

Le grand reproche qu'on peut faire au procédé précédent, c'est de laisser en place, non seulement les noyaux épидидymaires persistants, mais aussi la paroi des abcès, c'est-à-dire la zone active et essentiellement infectée, et comme terminaison lointaine de ce mode de traitement, l'organisation de cette paroi en trajets fistuleux également bacillaires. Sans doute, ceux-ci n'auraient guère manqué de se produire si l'abcès avait été abandonné à lui-même, mais sans doute aussi, l'éva-

cuation au bistouri a provoqué cette fistulisation et en a hâté la production. C'est même pour cette raison que l'incision simple au bistouri nous paraît inférieure à l'ouverture au thermo-cautère, telle que la pratiquait Verneuil, ainsi que cela a été dit plus haut, car ce dernier procédé a, en outre, une action modificatrice sur les tissus avec lesquels le fer rouge entre en contact.

Donc, en combinant à l'incision simple des abcès et des cavernes le curettage des parois et des fongosités, on fait une opération d'un ordre déjà plus élevé. Une telle intervention tente déjà d'être curative et c'est un grand progrès que de détruire ces tissus qu'ailleurs, on appelle avec Lannelongue « la membrane tuberculogène », véritable zone active du processus destructeur. D'abcès en abcès, de caverne en foyer ramolli, on est souvent conduit jusqu'à la source première des lésions, et c'est ainsi que l'on pratique ce qu'on a appelé le curettage de l'épididyme. On remarquera dans quelles conditions se fait ce curettage ; c'est dans un tout autre sens que nous aurons bientôt à parler du curettage de l'épididyme dans l'opération, telle que l'exécute M. Quénu. Disons, par avance, que cette dernière se distingue du manuel opératoire qui nous occupe actuellement par trois points fondamentaux :

elle ne s'applique pas exclusivement à la période des abcès et des fistules ; elle est réglée et ne sert nullement, comme guides, des abcès et des trajets fistuleux ; enfin, elle peut être terminée par la fermeture immédiate et la réunion par première intention.

En résumé, tel qu'il a été pratiqué jusqu'ici, le curettage de toutes les parties ramollies constitue une opération incomplètement curative ; on laisse en place des nodules qui continueront à évoluer après l'opération.

### 3° *L'épididymectomie.*

Ici commence la liste des procédés curateurs. Bien qu'elle soit, par sa date d'apparition, postérieure à la castration, la résection de l'épididyme est mentionnée par nous avant la suppression totale du testicule, car c'est à l'épididymectomie qu'il faut naturellement se borner si cela est possible. Cette opération est connue sous le nom de méthode de Humbert (cité par Reclus). Il n'est pas sans intérêt de rapporter ici cette phrase de M. le professeur Tillaux (1.) « Dans une tuberculose représentée par une tumeur de la grosseur d'une

(1) Tillaux. — Trait. ch r. de la tuberculose testiculaire, Bulletin medical 3 juin 1896.

noisette située dans l'épididyme, je fis une opération assez délicate qui m'est personnelle et qui m'a donné de bons résultats : la résection de l'épididyme, conservant ainsi le testicule, qui bien que sans utilité fonctionnelle, contribuera à la santé générale par la résorption de sa sécrétion. »

Rappelons aussi que M. Villeneuve (1) dit avoir pratiqué l'épididymectomie dès 1889. A coup sûr, les critiques que nous adressions aux procédés précédemment étudiés seraient déplacées à l'égard de la méthode de Humbert. C'est même par l'exagération en sens inverse qu'elle nous paraît attaquable : elle pêche par excès, tandis que les autres pêchent par défaut ; elle supprime toutes les parties dégénérées, mais elle a le tort de sacrifier du tissu sain. Il y a donc, et c'est un point sur lequel nous ne craignons pas d'insister, une vaste marge entre l'opération du type II (simple évacuation avec curettage) et l'opération du type III (épididymectomie), et c'est à combler cette petite lacune que nous voudrions nous attacher en montrant dans un instant que l'opération, selon la technique de M. Quénu, réa-

(1) Villeneuve. — Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Marseille, 1891.

lise bien l'anneau absent dans cette petite chaîne thérapeutique ; cette technique réalise un double but ; elle enlève tout ce qui est malade, elle respecte tout ce qui est sain.

#### 4° *La castration.*

En abordant cette ressource ultime, nous entrons dans les procédés graves, graves non pas par la mortalité opératoire immédiate ou secondaire, mais graves en ce sens qu'elles portent atteinte à l'ensemble de l'organisme.

La castration est le type de l'opération radicale ; elle est même beaucoup trop radicale pour le bénéfice qu'en tirent les malades, et de plus elle est loin d'être exemptée d'inconvénients ; aussi, est-elle envisagée depuis quelque temps sous un jour bien différent. Ce n'est pas un des traits les moins intéressants de l'histoire thérapeutique de la tuberculose testiculaire. Sur ce point, il est intéressant d'établir encore une fois un rapprochement entre la tuberculose testiculaire et les tuberculoses ostéo-articulaires. De même qu'au début la résection articulaire fut pratiquée avec un enthousiasme extraordinaire et fit rapidement place à une thérapeutique essentiellement conservatrice, de même la suppression totale du tes-

ticule et de ses annexes constitua la méthode de choix, mais pour un temps fort court heureusement. Dans ces vingt dernières années, ce procédé fut remis en honneur à peu près partout, et réunit de nombreux adeptes : en Angleterre, Walton, Smith, Puzey, Bloxam ; en Allemagne, Hopmohl ; en France, Terrillon, Péan et beaucoup d'autres. On alla fort loin dans cette voie ; non seulement on fit des castrations simples, mais on ne craignit pas d'enlever les deux testicules chez le même individu. (Puzey).

Il fallut peu de temps pour reconnaître les errements d'une thérapeutique aussi radicale. La castration procédé de choix fit bientôt place à la castration procédé de nécessité. Il faut la faire le plus tard possible, disait M. le professeur Guyon en 1891.

Voyons sous quel jour favorable elle fut présentée par ses défenseurs les plus militants. La glande est perdue au point de vue fonctionnel, pourquoi hésiter à la supprimer ? Non-seulement elle est inutile, mais elle est dangereuse, car le testicule tuberculeux est un foyer d'infection pour l'organisme. Enfin, dit M. Reclus, l'ablation de l'organe, hâte la guérison, car la glande dégénérée « demande à s'éliminer des mois et de douleurs et des abcès. » Il n'est pas jus-

qu'aux lésions viscérales qui ne puissent retrocéder lorsque le foyer initial a disparu. Richer, Tillaux, Reclus ont assisté à ces améliorations inespérées. Tout cela est rationnel, mais l'expérience n'a pas donné raison à cette manière de voir. Rapidement, on a fait valoir contre la castration les arguments suivants :

Cette opération, a-t-on dit, a le tort de nécessiter le choroforme. Objection sans valeur ; elle ne saurait nous arrêter. Comme dit M. Reclus, On cocaïnise.

La granulie peut être la conséquence de la castration. C'est surtout Verneuil qui fut le défenseur de cette théorie, qu'il soutint également pour toutes les interventions relatives aux tuberculoses locales. Dans une communication faite devant l'Association française pour l'avancement des sciences (Rouen 1883) et à la Société de chirurgie (1883), il voulut prouver qu'à la suite des opérations pour tuberculoses locales, on provoquait l'envahissement des parties voisines ou la formation de foyers secondaires en divers points rapprochés ou éloignés du foyer primitif ; que l'infection généralisée, phtisie galopante, méningite, pouvait suivre directement l'opération, les vaisseaux sanguins ouverts dans la plaie ayant entraîné les bacilles et

les ayant disséminés dans tout l'organisme, ou le traumatisme ayant donné un coup de fouet à la diathèse. Cette opinion fut aussi exprimée par Kœning de Göttingen au 13<sup>e</sup> Congrès de chirurgiens allemands. La thèse de Nelaton, Leroux, Coudray, Thierry ont reproduit ces discussions. Aujourd'hui, ces idées sont presque complètement abandonnées ; on sait en effet que, lorsqu'il y a généralisation, elle est due à la continuation du processus tuberculeux, et que de plus elle est loin d'être rare dans les cas où l'on s'est abstenu de toute intervention.

Enfin on sait quels résultats fâcheux l'ablation du testicule entraîne d'ordinaire chez les opérés. Hypochondrie, vésanie, déséquilibre de l'organisme, tels sont les méfaits dont il faut rendre la castration responsable. Dupuytren avait déjà institué sur ces troubles si fréquents chez les sujets privés de testicules. « C'est pourquoi, dit M. Tillaux (1), les anciens chirurgiens conseillaient la conservation d'un testicule, même inutile, et qu'ils appelaient un testicule moral. Aujourd'hui, les données physiologiques modernes, auxquelles je me range volontiers, nous montrent, que la substance testiculaire,

(1) Tillaux. *Loco citato*.

en outre de son rôle fonctionnel spécial, possède une action importante sur la santé générale. La sécrétion testiculaire, malgré l'impossibilité de circuler comme à l'état normal et de jouer son rôle fécondant, n'en est pas moins résorbé en partie, et contribue à la vigueur de l'organisme. » Le testicule qu'on laisse, dit M. Quénu, n'a pas seulement une valeur morale, il n'est pas déraisonnable d'admettre que bien que privé de voies d'excrétion, il continue à exercer sur le système nerveux une influence considérable. » Sans doute, comme le fait remarquer M. Reclus, dans la castration unilatérale, l'autre glande se chargera de suppléer la glande qui est enlevée, mais que ce testicule soit envahi à son tour, et alors le chirurgien sera obligé de faire une seconde castration ou de changer sa ligne de conduite. Aussi pensons-nous que cette opération ne doit persister dans la thérapeutique de la tuberculose testiculaire que comme méthode d'exception.

*5° Le curettage réglé, suivi ou non de réunion par première intention. Procédé de M. Quénu.*

Par ce qui précède, nous nous sommes appliqués à démontrer qu'aucun de ces procédés ne

donne une entière satisfaction, bien qu'il trouve son application à un certain nombre de cas, Nous l'avons déjà dit : ou ils sont trop anodins et sacrifient trop peu, ou ils sont trop radicaux et suppriment des tissus sains. On en fait de tuberculose locale, il faut être conservateur : c'est toujours une grave erreur que d'assimiler la tuberculose au cancer, et rien ne sert de dépasser largement les limites du mal.

Dans les arthrites tuberculeuses, entre la résection typique et la simple ouverture des abcès, on a vu naître un procédé mixte qui a détrôné les deux autres, l'un sacrifiant trop, l'autre sacrifiant trop peu ; ce procédé, c'est l'arthrectomie ou résection atypique, combinée au curettage précoce et répété. L'idéal est de n'enlever que les seuls tissus malades. Or le procédé de M. Quénu (1) nous paraît réaliser le même progrès. A l'inverse du simple curettage des abcès et des cavernes épидидymaires qui laissent intact une partie du mal, à l'inverse de l'épididymectomie et de l'orchidectomie qui font de trop vastes délabrements, le curettage, réglé et suivi ou non de réunion par première intention, selon l'état

(1) Quénu. — Traitement opératoire de la tuberculose épидidymaire. Gazette médicale de Paris. 16 mai 1896.

des lésions, atteint le but visé, en limitant son action aux seules parties malades. Voici ce procédé, tel qu'il a été communiqué tout récemment par son auteur lui-même :

1<sup>er</sup> temps. *Exploration et découverte des foyers tuberculeux.* Il n'y a qu'un seul moyen de bien apprécier l'état exact des tissus dégénérés qu'on se propose de supprimer; c'est de les découvrir pour les examiner de l'œil et du doigt. « S'agit-il par exemple de petits noyaux déposés à froid, soit dans l'épididyme, soit dans le canal déférent, nous saisissons le testicule avec la main gauche et faisons saillir le noyau induré sous la peau. Une incision de 3 ou 4 centimètres ouvre le foyer, deux pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'ouverture ». Plus il y a de noyaux, plus l'incision doit être longue; elle peut intéresser l'épididyme dans toute sa longueur; elle peut même être multiple si les noyaux sont suffisamment éloignés l'un de l'autre, alors on recommence le même traitement pour chaque noyau. Quant à la vaginale, on la respecte autant que possible; généralement des adhérences préalables encerclent le foyer malade et ferment ainsi l'accès vers le reste de la cavité séreuse. Cette cavité ne sera ouverte et la vaginale ne sera excisée que

lorsqu'elle sera elle-même dégénérée. Enfin si les noyaux paraissent s'enfoncer dans le testicule, l'incision sera menée profondément à leur niveau. C'est là l'exception et d'ordinaire on s'arrête à l'albuginée qu'on respecte. Alors seulement commence le temps véritablement curatif.

*2<sup>e</sup> temps. — Suppression des foyers par le curettage.* — Ces foyers sont de consistance diverse, mais tous ressortissent à la même technique; les uns sont complètement durs, véritables nodosités parfois fibreuses, sortes de marrons d'Inde suivant la comparaison qu'on invoque quelquefois; il suffit alors de les énucléer par la pression du doigt, ou le bec de la sonde cannelée, ou les ciseaux courbés; il reste alors leur capsule d'enveloppe qui sera détruite par le curettage ou le chlorure de zinc ou mieux par les deux moyens associés.

Plus souvent, ces foyers sont en état de ramollissement, c'est de la fonte caséuse. Alors l'évacuation de ces parties nécrobiosées est faite par la curette; il ne reste plus qu'à détruire la paroi tuberculeuse : le curettage, le chlorure de zinc servent à cet effet.

Enfin, s'agit-il d'abcès ou de fistules, même manuel opératoire : les foyers épидидymaires sont mis à découvert, les parois cavitaires et les parois

fistulaires sont curettées et touchées au chlorure de zinc. Ici se termine la partie vraiment importante de l'opération.

*3<sup>e</sup> temps.* — Le nettoyage terminé, on peut envisager deux ordres de faits. Dans le premier, l'évidement ne laisse qu'une petite cavité; alors, « nous n'hésitons pas, dit M. Quénu, après avoir bien fait l'assèchement, à tenter la réunion primitive à l'aide de catguts profonds et superficiels. » Résultat : la guérison en huit jours.

Dans le second groupe de faits, « lorsque le foyer tuberculeux est plus important, nous ne réunissons pas profondément, et nous nous bornons à bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée. » La guérison se fait alors lentement et progressivement par réunion secondaire. On peut comme on le lira dans plusieurs observations, pratiquer ces deux variantes dans la technique sur le même sujet, soit sur le même testicule, soit sur l'un et l'autre, (Obs. IX), et alors rien n'est plus facile que de se rendre compte des résultats différents. La guérison est la fin naturelle de l'une et l'autre : elle se fait prompte et presque immédiate dans la première, elle nécessite quelques semaines dans la seconde.

Tel est le procédé que nous défendons. En pra-

tique, c'est avec l'épididymectomie qu'il demande à être comparé. Or, le procédé de M. Quénu nous semble réaliser sur celui de Humbert trois grandes améliorations : — il est exactement proportionné avec le mal et ne produit aucun délabrement inutile, — il n'ouvre pas comme le précédent de nombreuses voies sanguines à l'infection bacillaires, — enfin il tient compte du travail d'enkystement qui a commencé à se produire.

Pour bien caractériser ses traits principaux, nous l'appellerons *curettage réglé*; parce que ainsi conduit, il permet d'enlever toutes les parties malades et les parties malades seules; *suivi ou non de réunion immédiate*, énorme avantage qui découle de ce fait qu'il est surtout appliqué d'une façon précoce ainsi que nous le dirons dans un instant. Rien de semblable dans le curettage tel qu'on le pratique parfois, qui consiste dans le simple curettage des abcès et des fistules, qui laisse subsister des noyaux épидидymaires ainsi que nous l'avons déjà dit, et dont le résultat est souvent la persistance d'une fistule.

---

## DEUXIÈME PARTIE

### INDICATIONS ET CONTR'INDICATIONS DU PROCÉDÉ DE M. QUÉNU.

Chaque chirurgien comprend à sa manière les indications opératoires et s'inspire de ses observations personnelles ; tel s'abstient d'opérer quand l'autre juge à propos d'intervenir. Le désaccord n'est sans doute qu'apparent, et s'est probablement parce qu'on néglige souvent de préciser à quels cas l'on s'adresse que les formules paraissent si dissemblables. C'est pourquoi il nous semble qu'il y a un grand avantage à classer les faits en groupes distincts, chaque groupe réunissant des cas aussi analogues que possible.

De même que les arthrites fongueuses, l'orchio-épididymite tuberculeuse passe par quatre phases dans son évolution spontanée : La première est une phase de congestion et de diffusion ; le bacille de Koch se dépose et commence à coloniser dans le tissu épидидymaire, il provoque un travail de congestion et la limite n'est pas encore

établie entre les régions qui dans la lutte sont destinées à succomber, et celles qui sont destinées à suivre.

A la deuxième période, le cantonnement bacillaire est établi, la séparation est nette entre ce qui est voué à la dégénérescence et ce qui restera sain ; il y a des foyers et par opposition à la précédente, cette phase mérite de s'appeler phase de localisation ou des noyaux distincts.

Plus tard survient le travail d'élimination vers l'extérieur des parties mortifiées. C'est l'époque des abcès qui progressent et étendent leur zone essentiellement active, la membrane fertile ou bacillaire. Cette élimination peut se faire dans deux directions : par les voies naturelles, mais ce drainage est tout à fait insuffisant, étant données les fines dimensions du tube unique épидидymo-déférentiel, les innombrables flexions, coudures, déviations et oblitérations dont il est le siège ; d'où la rareté relative de la caverne vide à son intérieur. Le plus souvent l'élimination se fait par le plus court chemin vers l'extérieur ; l'abcès tend à s'ouvrir de lui-même.

Enfin, l'abcès vide à l'extérieur continue à végéter sous une forme nouvelle, il se transforme en fistule. C'est la période fistuleuse.

Voyons donc qu'elle technique paraît plus spé-

cialement convenir à telle ou telle de ses formes cliniques.

1° *Période initiale de diffusion.* — A cette période de début, le traitement qui paraît le plus rationnel est le traitement général. C'est qu'en effet, à cette heure, la circulation se fait encore à travers les parties frappées et il est tout naturel d'admettre qu'une substance spécifique confiée à la voie sanguine vienne produire ses effets jusqu'au corps même du délit, exerçant la directement une action sur le bacille de Koch jusqu'auquel l'accès lui est encore permis. Telle sera peut-être la thérapeutique de l'avenir, c'est à la séruminthérapie qu'il faut la demander. A part cela, on ne saurait raisonnablement songer à un autre procédé, et aucun des moyens sanglants ne peut trouver ici son indication.

2° *Période ou des noyaux distincts.* — C'est le cas qui se présente le plus souvent en pratique ; c'est aussi celui où les opinions sont le plus partagées sur la conduite à venir. A vrai dire, ces opinions se résument à trois : il y a des partisans de l'intervention, il y a les éclectiques, il y a des partisans de l'abstention. Ces derniers sont les plus nombreux. A leur tête, prennent place

MM. Forgue et Reclus : « l'épididyme seul est atteint, disent-ils, il existe un ou plusieurs noyaux dans le corps, la tête ou la queue, ou même l'infiltration est diffuse, mais le testicule proprement dit est sain, ici nous n'intervenons guère. MM. Monod et Terrillon tiennent à peu près le même langage : « Tant que l'épididyme est seul atteint et qu'il n'y a pas de désordres profonds dans le testicule, nous croyons qu'il est bon de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. » M. le professeur Guyon enseigne la même conduite. Outre les raisons données en faveur de cette manière de voir, on peut dire aussi qu'aucune des méthodes thérapeutiques actuellement vulgarisées ne convient exactement à cette période des lésions. Les méthodes non-sanglantes sont inefficaces, et parmi les méthodes sanglantes, on ne dispose que de la résection de l'épididyme ou de la castration, car les incisions d'abcès avec ou sans résection de la paroi ne commencent à trouver leur application rationnelle qu'à la troisième phase, c'est-à-dire à celle des abcès ou des cavernes. Or, l'épididymectomie et la castration sont des opérations disproportionnées avec le mal à l'époque où nous le considérons.

Les éclectiques font un pas de plus ; ils inter-

viennent, sans grand enthousiasme il est vrai, dans certains cas déterminés. Voici par exemple une formule de ce genre : « la lésion, dit M. le Professeur Tillaux, n'est pas arrivée à la période de suppuration ; dans ce cas, agir différemment suivant l'âge du malade ; si c'est un adulte, expectation ; au contraire, si le malade n'a pas plus de dix-huit à vingt-cinq ans, il faut opérer, mais en respectant le plus possible les organes sécréteurs. »

Les chirurgiens qui interviennent à cette période de la maladie sont jusqu'ici fort peu nombreux, du moins en France. Armé d'une technique satisfaisante, M. Quénu l'applique à tous les cas de ce genre ; il est interventionniste, et interventionniste précoce. « J'estime quant à moi, écrit-il, qu'il y a intérêt à supprimer au plus tôt tout foyer épидидymaire, c'est la pratique que j'ai adoptée depuis plus de huit ans, et je n'en ai obtenu que de bons résultats. » Nous dirons même que ce procédé s'applique plus spécialement à cette période ; la réunion par première intention peut alors être tentée plus fréquemment, et la guérison est en général plus rapide. (Obs. II, IV, V, VI, VII, VIII, IX).

*3<sup>e</sup> Période ou période de suppuration.* — Ici la plupart des chirurgiens sont d'avis d'intervenir. Les uns emploient les procédés radicaux, épидидymectomie ou castration, les autres se bornent à l'ouverture des abcès et au curettage des parois cavitaires, nous envisagerons, deux cas :

1<sup>o</sup> Les abcès laissent derrière eux une glande de suffisante intégrité. Le procédé de choix sera alors le curettage selon le manuel opératoire que nous avons indiqué. (Obs. I, III bis, IV).

2<sup>o</sup> Si au contraire l'élément noble, le testicule est tellement atteint qu'il soit probablement dénué de toute espèce de fonction, alors se posera la question de la castration. MM. Forgue et Reclus la recommandent lorsque le testicule est douloureux, tuméfié, suppurant, avec poussées aiguës. L'expérience a rendu tellement sobre de ce procédé thérapeutique qu'avant de se résoudre à une telle décision, il sera bon d'observer largement.

*4<sup>e</sup> Période ou période des fistules.* — A cette dernière période, mêmes considérations que dans le cas précédent; on aura surtout recours au procédé indiqué par M. Quénu, et on obtiendra ainsi la guérison de ces fistules qui résistent si souvent au simple curettage tel qu'on le pratique parfois. (Obs. I, III.) De même aussi que dans le

cas précédent, la castration ne sera appliquée que lorsque le testicule sera profondément atteint. Nous considérons donc la castration comme une ultime ressource, et nous ne saurions en aucune façon souscrire à cette formule de Poncet (1). « A moins de contr'indications relevant de la diffusion de la tuberculose génitale et de la localisation des lésions dans d'autres organes, le traitement de choix de la tuberculose testiculaire est la castration. »

Quant aux contr'indications opératoires, elles sont les mêmes pour le procédé qui nous occupe spécialement que pour les autres méthodes. Nous n'insisterons donc pas. Elles sont discutées tout au long par M. Nélaton dans sa thèse d'agrégation (1883) et comme lui nous dirons avec Trélat : « on opérera toutes les fois qu'une lésion viscérale ne dominera pas la scène pathologique. »

(1) Poncet in Villard. Th. de Lyon, 1893.



## TROISIÈME PARTIE

### LES RÉSULTATS

Tous les traitements ont donné de bons résultats, mais tous cependant ne sont pas égaux, même la simple abstention. De plus, il est entre ces bons effets de grandes nuances. Un malade est castré et guéri ainsi de sa tuberculose testiculaire, mais bientôt éclatent chez lui des troubles mentaux inquiétants; ce pseudo-succès mérite-t-il de prendre place à côté d'autres guérisons dont les résultats locaux sont moins rassurants au point de vue de la récurrence, mais qui en revanche conservent un état général parfait. Il y a donc bien des difficultés dans cette évaluation, une foule de considérations doivent entrer en ligne de compte et rien n'est plus délicat que de donner des formules exactes.

Tout d'abord, il faut bien s'entendre sur ce qu'on appelle guérison. Est-ce la restitutio ad integrum? Evidemment non, cela est impossible. Dès qu'il a été touché par le bacille de Koch, le testicule est frappé pour toujours et d'une

façon irrémédiable dans sa structure et dans sa fonction. Dans sa structure : en effet, toutes les guérisons laissent derrière elles des nodules indurés ; les noyaux se guérissent par le processus fibreux, ils se convertissent en tubercules fibrosés de guérison. Dans sa fonction : car l'oblitération des voies d'excrétion met pour toujours la glande séminale en état de stérilité, cet organe doit être considéré comme infécond à jamais. Donc la guérison n'est jamais que relative ; c'est la seule qu'on puisse attendre d'un traitement bien dirigé.

Nous n'avons nullement l'intention d'exposer ici, les uns après les autres, les résultats de chacun des procédés que nous avons passé en revue. Il aurait fallu pour cela nous livrer à de longues recherches et venir présenter des statistiques. Du reste, excepté pour la castration peut-être, celles-ci n'ont pas été publiées pour la plupart des autres méthodes, pour l'épididymectomie, par exemple, qui cependant est pratiquée tous les jours. C'est qu'il ne s'agit pas ici de grande chirurgie, il ne s'agit pas d'interventions qui mettent la vie du malade en danger, et la question de mortalité opératoire n'a rien à voir avec l'étude des différents traitements de la tuberculose testiculaire.

Nous nous bornerons seulement à analyser les

cas traités par le procédé de M. Quénu, puisque c'est là la partie la plus spéciale de notre travail. Nous avons réuni neuf observations de ce genre. Sur ce nombre, nous n'avons à enregistrer non seulement aucun décès, ce qu'il était bien permis d'espérer, mais aucune espèce de complication opératoire, comme une hémorrhagie primitive ou secondaire, comme une infection primitive ou consécutive. Nous n'avons eu l'occasion de tenter la réunion par première intention que deux fois ; elle a été parfaite le huitième jour après l'opération (Obs. VI, IX). Lorsqu'on a pratiqué le drainage à la gaze iodoformée, la cicatrisation a toujours été complète au bout de trois ou quatre semaines, selon les dimensions de la cavité laissée par le curettage. En aucun cas, nous n'avons observé de fistule post-opératoire.

Quels sont maintenant les résultats éloignés ? Parmi les malades qu'il nous a été donné de revoir (Obs. I, II, IV, VI, VII, IX), nous n'avons relevé aucune récurrence locale, aucune fistulisation, aucune atteinte du côté de l'état général qui, par contre, s'est trouvé quelquefois amélioré, aucun retentissement sur l'appareil pulmonaire.

Toutefois, nous ne voudrions pas voir les choses sous un jour trop favorable, et on pourra nous objecter que nos malades n'ont pas été suivis

un temps suffisamment long, que peut-être un jour, ils se présenteront de nouveau à nous, porteurs de noyaux qui, passés inaperçus lors de la première intervention, ont continué leur évolution. Qu'importe, nous recommencerons l'opération, la bénignité opératoire restera toujours la même, qu'il s'agisse d'une deuxième ou d'une troisième intervention.

On nous dira aussi que quelques-uns de nos malades sont revenus avec d'autres localisations bacillaires (Obs. II, III, IV). Mais, n'en est-il pas de même pour tous les autres procédés, Le traitement chirurgical, quel qu'il soit, ne peut supprimer la disposition originelle ou acquise du sujet à devenir tuberculeux. « L'intervention a pour effet : 1° de débarrasser le malade d'une lésion douloureuse et gênante ; 2° de lui permettre de réparer son organisme en lui enlevant une source d'affaiblissement. Par elle, la lésion locale a été guérie, mais le terrain sur lequel elle avait évolué n'a pas été modifié » (Nélaton) (1). Cette modification de l'organisme, préparé pour le contagé, c'est au traitement général qu'il faut la demander.

(1) Nélaton. Thèse d'agrégation, 1883, page 147.

## CONCLUSIONS

I. — Il existe pour la cure de la tuberculose testiculaire des traitements d'ordre différent:

Traitement général;

Traitement local non sanglant (procédé des caustiques, procédé de la cautérisation, procédé des injections intranodulaires, procédé des injections périnodulaires ou méthode sclérogène);

Traitement local sanglant, (ouverture des abcès au bistouri, ouverture au bistouri avec curetage tardif. épидидymectomie, castration).

II. — Dans cette chaîne de moyens sanglants, il manque un anneau entre les premiers, procédés palliatifs qui sacrifient trop peu, et les derniers, procédés curatifs qui sacrifient trop et peuvent même avoir un retentissement grave sur l'état général (castration).

Le curetage réglé, suivi ou non de réunion par première intention (procédé de M. Quénu) comble cette lacune. Il supprime les parties malades et les seules parties malades.

III. — Ce curettage comprend trois temps :

1° Temps d'incision et de découverte : section des noyaux tuberculeux en deux valves ;

2° Evacuation de ces noyaux et de leur capsule au ciseau, à la curette ou par énucléation selon qu'il sont à l'état de crudité, à l'état de noyaux caséeux ou à l'état de caverne. C'est là le temps principal ; il consiste en un véritable évidement intra-épididymaire.

3° Le troisième temps se fait différemment selon les cas : réunion par première intention, (lésions minimes) ; réunion secondaire et drainage à la gaze iodoformée (lésions plus importantes).

IV. — A la phase prémonitoire, la thérapeutique la plus efficace serait la médication interne (sérumthérapie ?) puisque les voies sanguines sont encore perméables.

A la deuxième période ou période des noyaux distincts, le procédé de choix est celui de M. Quénu.

A la troisième période ou période des abcès, la discussion se concentre entre le curettage tel que nous l'avons décrit et la castration.

Il en est de même pour la 4<sup>e</sup> période ou période des fistules.

Dans l'une et l'autre de ces périodes, la castration, ultime ressource regagne d'autant plus de terrain que le parenchyme testiculaire est plus

profondément atteint, c'est-à-dire qu'il est plus inapte à toute sécrétion.

V. — Toute guérison n'est que relative, parce qu'il persiste toujours des altérations dans la structure de la glande et des troubles dans sa fonction.

N'envisageant que les résultats fournis par le curettage, réglé et suivi de réunion primitive ou secondaire, nous les résumons en deux mots : bénignité dans les suites immédiates, rapidité dans la guérison, efficacité dans les suites éloignées. Telles sont les principales qualités qui le recommandent à l'attention.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

Malade âgé de 36 ans, se présenta à M. Quénu en 1888, porteur d'un tuberculose du testicule droit.

L'état général était mauvais, bien qu'on ne trouvât aucune trace de tuberculose viscérale. L'auscultation des poumons donna un résultat négatif. Le scrotum était rouge, œdématié, fistuleux. L'épididyme n'était plus qu'une coque bourrée de noyaux tuberculeux. La vaginale formait un vaste abcès. L'épididyme ayant été supprimée par le curettage, la vaginale réséquée et les parois des fistules curettées et excisées, la vaste cavité fut bourrée de gaze iodoformée.

Six semaines après, la cicatrisation était complète, et le malade partait à Berk-sur-mer. Il fut revu différentes fois par M. Quénu. Sa santé est redevenue parfaite ; il n'a présenté depuis l'opération aucune fistule, aucune récurrence. La prostate qui était bourrée de noyaux tuberculeux est restée silencieuse.

OBSERVATION II

C..., Louis, âgé de 34 ans, employé à la Compagnie du gaz, entre à la Fondation Isaac Péreire, le 8 avril 1889, pour tuberculose de l'épididyme droit.

Son père est mort accidentellement ; sa mère est morte à 46 ans, d'une fluxion de poitrine (?) qui a duré deux mois.

Il a eu la rougeole et la coqueluche dans son jeune âge, et depuis il a toujours joui d'une parfaite santé ; il a fait son service militaire et est marié depuis douze ans à une femme bien portante.

Vers la fin du mois de janvier 1889, le malade est tombé à cheval sur un chevron ; aucun trouble à la suite de cet accident ; il n'a ressenti qu'un endolorissement de la région pendant quelques jours. Mais, environ trois semaines après, il a remarqué sur le côté du testicule droit, une petite tumeur grosse comme une noisette ; en quinze jours, elle atteint le volume d'une noix ; cette augmentation de volume fut accompagnée de quelques douleurs peu vives. Le malade entre alors à la Fondation Isaac Péreire.

La queue de l'épididyme est dure, inégale, elle présente le volume d'une petite noix et est nettement distincte du testicule, qui est normal. Pas d'épanchement dans la vaginale. Rien à la prostate et aux vésicules séminales.

L'auscultation des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose. L'état général est bon.

Opération par M. Quénu, le 12 avril 1889.

Incision de 3 centimètres. On tombe sur une masse caséuse du volume d'une noisette. Curettage et excision des tissus malades. La vaginale est intacte. La masse testiculaire est replacée dans les bourses, et la cavité est bourrée de gaze iodoformée et la peau réunie par trois points de suture. La mèche de gaze est changée tous les deux jours : elle est supprimée le 21 avril, et les points de suture sont enlevés. Le malade sort le 26 avril complètement guéri.

Depuis cette époque, le malade n'a eu aucun accident du côté du testicule, qui a conservé son volume normal. La santé générale est restée excellente, mais en 1893, il a eu une tumeur blanche du poignet gauche, qui est en voie de guérison.

### OBSERVATION III

R..., Joseph, 26 ans, valet de chambre, entre le 11 avril 1894, à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 12, pour tuberculose du testicule droit.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Il y a quatre mois, le malade est soigné pendant un mois pour une pleurésie droite. C'est pendant la convalescence de cette maladie, qu'il commence à souffrir du testicule droit. En même temps, l'épididyme augmente de volume, et au bout d'un mois et demi, il se forme un abcès, qui est ponctionné à l'hôpital Beaujon ; mais le pus se collecte de nouveau et l'abcès est incisé. Depuis cette époque, persiste une fistule pour laquelle le malade entre à l'hôpital.

L'épididyme droit est volumineux dans toute sa lon-

gueur ; il est dur et inégal, surtout au niveau de la tête, c'est à ce point que correspond la fistule. Le testicule paraît normal, ainsi que le canal déférent.

Rien à l'appareil testiculaire droit, à la prostate et aux vésicules séminales.

A l'auscultation des poumons, on trouve une légère diminution du murmure vésiculaire, et des bruits de frottement en arrière, à droite et en bas, siège de l'ancienne pleurésie.

Opération le 14 avril.

Incision de l'épididyme dans toute sa longueur. On trouve des noyaux tuberculeux à différents degrés. Curettage et lavage au chlorure de zinc. Le testicule et la vaginale sont respectés. La cavité est drainée à la gaze iodoformée et l'incision cutanée est rétrécie par deux points de suture.

Le pansement est renouvelé tous les deux jours. Le 20 avril, les fils sont enlevés et le drain supprimé. Le 30, la cicatrisation est complète.

#### OBSERVATION III *bis*

Le malade revient le 18 mai 1895, un an après la première opération, il présente cette fois une tuberculose du testicule gauche.

Depuis un mois, il ressent des douleurs dans le testicule qui augmente peu à peu de volume.

L'appareil testiculaire forme une tumeur qui dépasse le volume d'un œuf. La queue et le corps de l'épididyme sont volumineux et durs. La tête est ramollie et fluctuante, mais la peau est saine à ce niveau. Le canal

déférent est volumineux et induré dans sa partie inférieure.

A droite, la partie antérieure des bourses présente la trace de l'incision précédente ; on sent en arrière du testicule normal un reste d'épididyme de consistance fibreuse.

Opération le 27 mai.

Incision de l'épididyme dans toute sa longueur. Il est bourré de noyaux caséux, qui sont enlevés à la curette. On trouve l'albuginée ulcérée et le testicule est pénétré à ce niveau, de fongosités qui sont curettées également. Le canal déférent est séparé des vaisseaux et réséqué dans sa partie inférieure. La cavité est bourrée de gaze iodoformée et l'incision entanée est réunie en grande partie par trois points de suture. Le pansement au coton iodoformé et la mèche de gaze sont renouvelés tous les deux jours. Le 5 juin, les fils sont enlevés ; le 8, le drain est supprimé, et le 15, la cicatrisation est complète.

#### OBSERVATION IV

C..., Louis, 25 ans, valet de chambre, est admis le 4 juillet 1894 à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 23.

Pas d'antécédents héréditaires se rattachant à l'affection actuelle. Son frère est mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 30 ans.

Il y a environ trois mois, le malade s'aperçoit que son testicule droit grossit ; comme il ne souffre pas, il continue à travailler. Mais la tuméfaction augmente peu à peu, les douleurs apparaissent, et il entre à l'hôpital.

L'appareil testiculaire droit forme une tumeur du

volume d'un œuf de poule. Le testicule paraît légèrement augmenté de volume. La vaginale ne renferme pas de liquide. La tête de l'épididyme, dure et inégale, présente le volume d'une noix. A la partie inférieure de la queue, existe un abcès nettement fluctuant, et la peau du scrotum, adhérente à ce niveau, commence à rougir. Le canal déférent est augmenté de volume et douloureux sur une longueur de 4 centimètres.

L'appareil testiculaire droit paraît intact.

La prostate est augmentée de volume et douloureuse à la pression.

Miction normale. Rien à l'auscultation des poumons.

Opération le 13 juillet 1894.

Incision de l'épididyme sur toute sa longueur. L'abcès a détruit presque entièrement la queue de l'épididyme ; sa paroi est infiltrée de fongosités qui ont trépané le testicule, elle est curettée, ainsi que le diverticule testiculaire. La tête est infiltrée de tubercules qui sont enlevés à la curette et aux ciseaux. La portion testiculaire du canal déférent est réséquée. La vaginale épaissie, et dont les deux feuillets adhérents en certains endroits, ont été disséqués, est réséquée presque en totalité.

Assèchement de la plaie, cautérisation au chlorure de zinc. Le testicule est replacé dans la celluleuse des bourses. On draine à la gaze iodoformée et on suture la peau.

Le pansement et la mèche de gaze sont renouvelés tous les deux jours. La cicatrisation est complète le 7 août, et le malade sort de l'hôpital.

Le malade revient consulter le 10 juillet de l'année

suivante, c'est-à-dire un an après l'intervention. Il n'a jamais eu aucun accident depuis, du côté de l'appareil génital; la prostate est restée silencieuse. Mais il a actuellement une tumeur blanche du coude, pour laquelle il rentre dans le service, et il meurt de méningite tuberculeuse, le 2 décembre 1895.

#### OBSERVATION V

N..., Alexandre, tailleur, âgé de 25 ans, entre le 4 janvier 1896, à l'hôpital Cochin, salle Boyer, n° 13.

Son père et sa mère son bien portants, sa sœur est atteinte de tuberculose pulmonaire.

A douze ans le malade a eu un mal de Pott à la région lombaire, il est resté au lit pendant six mois, et depuis cette époque, il n'a plus rien ressenti de ce côté.

Il y a trois ans environ, à la suite d'un travail fatigant et prolongé, son testicule gauche a augmenté de volume, et un abcès s'est ouvert qui a donné du pus pendant huit jours, puis s'est tari spontanément.

En juillet 1895, le malade s'aperçoit que son testicule droit augmente aussi de volume, mais comme il n'éprouve aucune douleur, il ne consulte pas. Vers cette époque, il remarque pendant plusieurs jours seulement, quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Depuis quinze jours environ, il ressent des douleurs dans les bourses, et il entre à l'hôpital le 4 janvier 1896.

Le testicule gauche n'est pas augmenté de volume; le vaginale ne paraît pas épaissie et ne contient pas deli-

quide. La tête de l'épididyme, grosse comme une noisette est dure et inégale. Le canal déférent est normal.

A droite, la tête de l'épididyme présente le volume d'une petite noix; elle est dure et inégale, mais elle est distincte du testicule et n'est pas douloureuse à la pression. Pas d'épanchement dans la vaginale.

Par le toucher rectal on ne trouve aucune lésion à la prostate et aux vésicules séminales.

Rien du côté de l'appareil urinaire.

Rien à l'auscultation des poumons.

Opération par M. Quénu le 14 janvier 1896.

A gauche, incision de 3 centimètres qui donne issue à quelques gouttes d'un pus épais. Nettoyage minutieux de la petite caverne à la curette et badigeonnage au chlorure de zinc.

A droite, on trouve un foyer caséux gros comme une noisette; curettage des parois de ce foyer et excision des partis indurées, puis cauterisation au chlorure de zinc.

Des deux côtés, la cavité est bourrée de gaze iodoformée. Suture de la peau. Pansement à la ouate iodoformée maintenu par un bandage en T.

Le pansement et la mèche de gaze sont changés tous les deux jours. La cicatrisation est complète, à gauche le 4 février et à droite le 10.

OBSERVATION VI

Le nommé C..., Emile, cuisinier, âgé de 38 ans, entre le 20 janvier 1896, à l'hôpital Cochin, salle Boyer, n° 2.

Rien d'intéressant dans ses antécédents pathologiques héréditaires.

Le malade a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au début de l'affection actuelle.

Depuis deux mois, il ressent des douleurs soudes dans le testicule gauche qui grossit peu à peu, et il entre à l'hôpital le 20 janvier 1896.

La tête de l'épididyme, augmentée de volume est dure, inégale et douloureuse à la pression; elle est distincte du testicule qu'elle coiffe comme un casque; la glande spermatique est normale; le canal déférent d'un calibre régulier.

Rien du côté de l'appareil testiculaire droit. Rien à la prostate et aux vésicules.

L'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire.

Opération le 29 janvier 1896.

Incision de 3 centimètres portant directement sur la lésion. On trouve une petite tumeur du volume d'un gros pois, lisse et très dure, qui s'énuclee facilement. Le vaginale est épaissie autour de ce noyau et lui forme une véritable poche. Suture de cette partie de la vaginale afin de combler la cavité, et suture de la peau. Les fils sont enlevés le 7 février et la réunion par première intention est ainsi obtenue.

Le malade revu le 25 juin est en parfaite santé et n'a présenté jusqu'à ce jour aucune récurrence.

ORSEVATION VII

F..., Baptiste, 24 ans, cuisinier, entre à l'hôpital Cochîn, salle Antheaume, n° 19, le 24 février 1896.

Sa mère était morte d'une fluxion de poitrine qui eut toutes les allures d'une tuberculose pulmonaire, supposition d'autant plus vraisemblable que le père est mort six mois après de la même maladie. Le malade était alors âgé de 4 ans. Son frère est bien portant.

Il a fait son service militaire et a toujours été bien portant jusqu'au début de l'affection actuelle qui remonte à un moins environ. A ce moment, sans cause appréciable, il remarque une tuméfaction de la moitié gauche des bourses, accompagnée de douleurs très vives. Pendant quelques jours, le testicule est volumineux, la peau du scrotum est rouge et chaude; le malade garde le lit et la tuméfaction disparaît peu à peu. Il entre à l'hôpital le 26 février.

Le testicule gauche est normal; la tête de l'épididyme ne présente rien de particulier, mais la queue et une partie du corps sont occupées par une masse dure, inégale, douloureuse, du volume et de la forme d'une amande.

Pas de liquide dans la vaginale; le canal déférent n'est pas augmenté de volume et a un calibre régulier. Rien à la prostate et aux vésicules séminales. Rien du côté de l'appareil urinaire.

On trouve un peu d'obscurité respiratoire au sommet du poumon droit en avant.

L'état général est bon; l'appétit est conservé.

Opération par M. Quénu le 14 mars 1896.

Incision de 3 centimètres. On trouve une trainée de noyaux dont l'un a déjà subi la dégénérescence caséuse. Excision aux ciseaux courbes et curettage, puis cautérisation au chlorure de zinc, la cavité est bourrée de gaze iodoformée et la peau est réunie par deux crins de Florence. Pansement à la ouate iodoformée, maintenu par un bandage en T.

La mèche de gaze iodoformée, humectée de sérosité, est renouvelée tous les deux jours et supprimée le 19 mars.

Le malade sort le 7 avril, complètement guéri.

Nous avons revu le malade le 20 juin. Pas de fistule, pas de récurrence du côté du testicule.

L'état général est excellent; les lésions pulmonaires sont restées stationnaires.

#### OBSERVATION VIII

C..., âgé de 24 ans, employé aux chemins de fer de l'est, entre le 28 février 1896 à l'hôpital Cochin, salle Autheau, n° 3.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires. Ses cinq frères et ses quatre sœurs sont bien portants ainsi que sa femme et sa petite fille âgée de 8 mois. Il a eu la fièvre typhoïde à 12 ans, il s'est toujours enrhumé très facilement. Il a contracté la syphilis au régiment en 1893 et a été soumis au traitement pendant un an.

Le début des accidents remonte au commencement de janvier 1896. A cette époque, le malade est atteint de cystite sans cause appréciable (envies d'uriner fréquentes

et impérieuses, accompagnées de douleurs très vives à la fin de la miction, aucun écoulement par l'urèthre). Il est soigné par le repos au lit et capsules de térébenthine. Son état s'améliore peu à peu, lorsque, sans aucun motif, le 9 février, il ressent des douleurs dans la partie gauche des bourses et il remarque alors « une petite tumeur derrière son testicule. » Les phénomènes de cystite disparaissent, mais la petite tumeur continue à grossir, et le malade est admis à l'hôpital le 28 février.

L'épididyme gauche est volumineux, il est induré, inégal, douloureux à la pression et distinct du corps du testicule qui paraît normal. La vaginale renferme une petite quantité de liquide. Le canal déférent à un volume normal est d'un calibre régulier et n'est pas douloureux à la pression.

Rien du côté de l'appareil testiculaire droit.

Par le toucher rectal, on trouve un noyau dans le lobe gauche de la prostate. Les vésicules séminales sont indemnes.

Actuellement, l'appareil urinaire paraît intact. Rien à l'auscultation des poumons.

Bon état de l'appareil digestif. Cependant l'appétit est diminué et le malade a maigri un peu depuis deux mois.

Opération par M. Quénu le 14 mars.

Incision de 3 cent. intéressant l'épididyme dans toute son épaisseur jusqu'à l'albuginée. L'épididyme entier est infiltré de nodules fongueux et sa partie moyenne est occupée par un noyau caséux gros comme un noisette. Excision aux ciseaux courbes et à la curette de toutes les parties indurées et ramollies. La vaginale qui

paraît saine est respectée, et la masse testiculaire est replacée dans son enveloppe scrotale. Drainage à la gaze iodoformée, suture de la peau par trois points au catgut. Pansement à la ouate iodoformée, maintenu par un bandage en I.

Le pansement est renouvelé tous les jours, la gaze est humectée par de la sérosité, mais on ne trouve aucune trace de pus. Le drain est supprimé le huitième jour. La cavité se comble peu à peu, et la cicatrisation est complète le 6 avril. Le malade sort le 21.

#### OBSERVATION IX

*Communiquée à la Société de chirurgie par M. Quénu,  
le 22 avril 1896.*

Le nommé I..., Casimir, 48 ans, garçon de café, entre à l'hôpital Cochin, salle Boyer, n° 15, le 21 février 1896.

Aucun antécédent héréditaire se rattachant à l'affection actuelle. La femme est morte phtisique à l'âge de 36 ans, en 1884. La fille âgée de 13 ans est bien portante. Il n'a jamais eu aucune maladie et a toujours été en parfaite santé.

Il y a six mois environ, le malade remarque que la partie gauche de ses bourses augmente de volume, sans cause appréciable ; elle atteint peu à peu le volume d'un œuf. Comme il ne souffre pas, il continue à travailler, quand, la tumeur augmente tout à coup, et atteint en quelques jours le volume du poing. Il entre alors à l'hôpital le 21 février 1896.

A gauche, hydrocèle volumineuse qui rend absolument impossible l'exploration du testicule.

A droite, l'épididyme présente à sa partie moyenne un noyau du volume d'un gros pois, dur inégal et non douloureux. Le testicule paraît normal. Léger épanchement dans le vaginale. Le canal déférent n'est pas augmenté de volume.

Le 28 février, ponction de l'hydrocèle gauche. On retire 125 grammes de liquide. On voit alors que l'appareil testiculaire de ce côté forme une tumeur du volume d'un œuf. L'épididyme forme une masse dure, inégale et ne se distingue pas très nettement du testicule. Toutefois celui-ci paraît sain.

Rien aux vésicules séminales et à la prostate. Rien du côté de l'appareil urinaire. Rien aux poumons. Etat général satisfaisant.

Le 12 mars, il s'est reformé un petit épanchement dans la vaginale gauche.

*Opération* par M. Quénu le 14 mars 1896.

*A droite*, incision de deux centimètres ; on tombe sur un noyau du volume d'un pois qui représente une lésion tout à fait au début. On le divise en deux valves, puis curettage et cautérisation au chlorure de zinc. Réunion des parties profondes par deux points de suture au catgut fin. Ligature des parois de la cavité. Suture de la peau par un crin de Florence.

*A gauche*, incision de 4 centimètres intéressant l'épididyme dans toute son épaisseur. On trouve une vaste lésion caséuse qui occupe la presque totalité de l'épididyme. On enlève aux ciseaux et à la curette la plus grande partie possible de l'épididyme. La vaginale qui est épaissie est réséquée presque complètement. On replace le testicule qui plonge alors dans la celluleuse des bourses

et on draine la cavité par une large mèche de gaze iodoformée. La peau est réunie par trois points de suture.

Pansement à la ouate iodoformée maintenu par un bandage en T.

Le pansement et le drain sont renouvelés tous les deux jours.

A droite, le fil est enlevé le 21 mars, la réunion a été obtenue par la première intention.

A gauche, la cavité se comble peu à peu, le drain est supprimé le 28 mars et la cicatrisation est complète le 7 avril.

Nous avons revu le malade dans les derniers jours de juin. Aucune récurrence, aucun phénomène douloureux depuis l'opération. L'état général est excellent.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUBOIN. — Traitement du testicule tuberculeux par la cautérisation par le fer rouge. Thèse de Paris, 1873.
- BLOXAM. — Case of strumous disease of both testicles; removal. Med. Press et Circ. London, 1886, XLII, 90.
- BÉRARD. — Thèse d'agrégation, 1843, page 36.
- BONNET. — Du chlorure de zinc et de son emploi en thérapeutique chirurgicale. Th. de Paris, 1843.
- BOUISSON. — Tribut à la chirurgie, page 402.
- COUDRAY. — Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Marseille, 1891.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérap. chirurg.
- GOMBAUD. — Contribution à l'étude de la tuberculose du testicule et particulièrement de son traitement par la castration. Thèse de Bordeaux, 1890.
- GUYON. — La castration pour le sarcocèle tuber-

culeux. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1891, IX, 445.

HUGONNET. — Traitement du sarcocèle tuberculeux par le drainage. Thèse de Paris, 1877.

MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes.

NÉLATON. — Le tubercule dans les affections chirurgicales. Thèse d'agrégation, 1883.

OZENNE. — Traitement de la tuberculose primitive du testicule par les injections de chlorure de zinc. Congrès pour l'étude de la tuberculose, t. 3, 1893.

PAWLOWSKI. — Ann. de l'Institut Pasteur, 1889.

PÉAN. — Sept observations de tuberculose testiculaire. Leçons de clinique chirurgicale.

PHILIPPEAUX. — Traité des caustiques et de la cautérisation. Paris, 1851, page 540.

PUZEY. — Two tuberculous testicles removed from the same patient. Med. Press et Circ. London, 1896, XII, 496.

QUÉNU. — Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire. Gaz. médicale de Paris, 16 mai 1896.

RECLUS. — Traitement du testicule tuberculeux. Semaine médicale, 1883, n° 33.

Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, tome VIII.

- TERRILLON. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose testic. Pr. méd., janvier 1886.  
Castration hâtive pour la tuberculose du testicule. Bull. et mém. de Société de Chirurgie de Paris, 1891, XVII, 58.
- TILLAX. — Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule. Bull. méd., 3 juin 1896.
- VERNEUIL. — Bulletin de la société anatomique. 11 octobre 1871.  
Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Avril 1885, art. 12881.
- VILLARD. — Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Quelques résultats de la castration. Thèse de Lyon, 1893.
- VILLENEUVE. — Tubercules du testicule. Epididymectomie. Marseille méd., 1890. XXVII, 535.  
Communication à l'Association franç. pour l'avanc. des sc. Congr. de Marseille. 1891.





Vu par le Doyen,  
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,  
TERRIER

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD





